

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Le chercheur est-il un imposteur, un observateur, ou un évaluateur lors de la construction d'un corpus de données orales en milieu hospitalier belge ?

Collonval, Sophie

*Published in:*  
Signes, discours, société

*Publication date:*  
2019

*Document Version*  
le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*  
Collonval, S 2019, 'Le chercheur est-il un imposteur, un observateur, ou un évaluateur lors de la construction d'un corpus de données orales en milieu hospitalier belge ? Entre questions éthiques et méthodologiques', *Signes, discours, société*, VOL. 20, Numéro "Dynamiques discursives de la vulnérabilité".

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **Informations concernant l'auteur :**

Sophie Collonval

Doctorante de l'Institut NaLTT (Université de Namur, Belgique)

[sophie.collonval@unamur.be](mailto:sophie.collonval@unamur.be)

### **Résumé :**

Le présent article porte sur les rôles que nous occupons en tant que chercheuse universitaire ou que les observés, des soignants d'une équipe hématologique, nous attribuent lors d'une enquête ethnographique dans un hôpital belge francophone. Ces derniers et nous-même faisons connaissance et construisons une relation qui peut être rythmée par l'expérience de la vulnérabilité. Ce concept sera abordé de manière dynamique tout au long de notre réflexion centrée sur une approche méthodologique. Un tel ancrage nous amènera également à poser quelques éléments éthiques auxquels nous avons été confrontée durant la collecte et le traitement de données recueillies lors de l'enquête ethnographique dans une unité hématologique belge francophone.

### **Mots-clés :**

Secrets, enquête ethnographique, vulnérabilité, observateur, observés, hôpital belge

### **Abstract:**

The article concerns the observer's roles in the fieldwork and the vulnerability lived by the informers and the observer. The fieldwork takes place in a Belgian hospital. We define the vulnerability as a mutual concept between the observer and the informers who are healthcare professionals. Furthermore, we study it with a methodological approach: the informers and the observer are vulnerable in the fieldwork. From one situation to another, they can switch their position.

### **Keywords:**

Secrets, fieldwork, vulnerability, observer, informer, Belgian hospital

## **Le chercheur est-il un imposteur, un observateur, ou un évaluateur lors de la construction d'un corpus de données orales en milieu hospitalier belge ?**

### **Entre questions éthiques et méthodologiques**

Les soignants, en tant que professionnels, sont traditionnellement considérés comme occupant une position socialement favorisée. Ils seraient caractérisés par une certaine aura parce que leurs compétences sont reconnues par la société et qu'ils ont un pouvoir d'agir. Par conséquent, ils ne sont pas des êtres faibles ni disqualifiés socialement (Payet 2011). Cependant, un soignant peut vivre une situation de vulnérabilité même si, selon la doxa, le « blessé » est le patient (Zielinski 2011 : 89). Il peut faire l'expérience d'une « oppression » institutionnelle qui l'amène à faire grève, par exemple (les mardis des blouses blanches en Belgique durant le mois de juin 2019). Il peut également partager la souffrance d'autrui. En entrant en relation, voire en interaction, tout sujet – comme un soignant – fait l'expérience de la vulnérabilité parce qu'il est « affecté par l'existence même d'autrui qui surgit » et cette « présence [...] ne laisse pas indemne la sphère identitaire » du soignant (Zielinski 2011 : 92). Par conséquent, la relation de soin est la rencontre de deux êtres potentiellement vulnérables ou vivant une situation de vulnérabilité. Nous pensons que le constat explicité précédemment peut s'appliquer à la relation, caractérisant une enquête ethnographique menée dans un milieu hospitalier, entre l'enquêtrice, nous-même, et les enquêtés, des soignants. L'un et l'autre peuvent se retrouver dans une situation de vulnérabilité.

Lors d'une enquête de terrain, nous nous rendons compte que les intérêts de l'observatrice et des observés ne se recouvrent pas nécessairement, tout comme leurs représentations (Olivier de Sardan 2008 : 61). Une telle situation d'observation peut les amener à vivre l'expérience de la vulnérabilité lors de laquelle l'interlocuteur et le locuteur veilleront à sauvegarder leur face l'un par rapport à l'autre. Du constat d'une expérience réciproque et relationnelle de la vulnérabilité, nous souhaitons insister non sur l'asymétrie qui peut exister entre l'enquêtrice et les enquêtés, amenant à des situations de vulnérabilité, mais sur le partage de l'expérience de la vulnérabilité lors de l'enquête ethnographique. Dans le présent article, nous exposerons comment s'établit cette réciprocité en essayant de répondre à la question de recherche suivante : en quoi la situation d'enquête ethnographique dans un milieu hospitalier est-elle vulnérabilisante pour les participants qu'ils soient enquêtés ou enquêtrice ?

Afin de répondre à notre question de recherche, nous développerons une réponse en trois temps. Premièrement, le concept de la vulnérabilité sera détaillé à l'aide d'un ancrage éthique et méthodologique. Nous tenterons de justifier pourquoi un tel concept peut être appliqué au

quotidien professionnel de soignants lors d'une enquête ethnographique. Deuxièmement, nous présenterons la méthodologie qui nous a permis de collecter notre corpus en développant la forme de l'enquête ethnographique, le cadre spatiotemporel et le public. Et troisièmement, nous détaillerons les situations de vulnérabilité dont sont « victimes » les observés et l'observatrice dans une logique interactionnelle et relationnelle. De plus, nous nous efforcerons d'explicitier les stratégies mises sur pied non seulement par les observés pour diminuer leur expérience de la vulnérabilité et pour sauver leur face, mais aussi par l'observatrice pour relativiser notre posture de chercheuse. L'idée d'une vulnérabilité partagée et construite ou réparée au fil des interactions sera l'objet de cette troisième partie centrée sur les points de vue éthique et méthodologique mobilisés lors de l'enquête ethnographique menée dans une unité de soins en hématologie d'un hôpital belge francophone. Notre exposé se clôturera par une discussion finale afin d'éclairer notre question de recherche et de revenir sur les qualificatifs que nous octroient les soignants.

### **1. Des situations de vulnérabilité interactives et relationnelles**

Le terme vulnérabilité repose sur une mise en danger de la face d'une personne, mise en danger qui « invite à un surcro[i]t d'attention, d'amour et de responsabilité » (Fiasse 2015 : 9) de la part de l'interlocuteur ou qui peut être renforcée par le comportement d'autrui. Cette atteinte que nous pourrions qualifier de blessure, en reprenant les termes de Fiasse (2015 : 10), physique, morale, ou psychique, peut être occasionnée par autrui ou par la situation vécue (vulnérabilité extrinsèque), ou par la personne qui ressent ce sentiment (vulnérabilité intrinsèque). Si nous concevons deux types de vulnérabilité, nous souhaitons également mettre en évidence la dynamique, voire « la tension entre incapacité et capacité » de la personne pour se sortir, seule ou grâce à autrui, de ce sentiment (Fiasse 2015 : 12) ou d'une situation de vulnérabilité. Nous ne souhaitons ni insister, ni idéaliser cette dernière, mais comprendre pourquoi, durant une interaction, les interlocuteurs peuvent la ressentir et mettre en œuvre des stratégies interactionnelles pour dépasser l'expérience de vulnérabilité. Néanmoins, nous insistons sur le fait que nous préférons traiter de « situation de vulnérabilité » (Ennuyer 2017 : 365) plutôt que de qualifier les enquêtés de sujets vulnérables. Ce choix peut se comprendre parce que la vulnérabilité est « une dynamique et une interaction entre la personne et son environnement » dans lequel elle pourra être blessée (Ennuyer 2017 : 367) et réagir pour sauvegarder sa face par rapport à autrui.

Pour saisir le sentiment de vulnérabilité, nous optons pour une analyse d'interactions linguistiques, centrée sur une approche éthico-méthodologique. L'expérience de la vulnérabilité

peut être vécue non seulement par les locuteurs lors du recueil et de l'analyse des données, mais aussi par la chercheuse dans sa démarche scientifique (collecte des données, transcription, etc.). D'ailleurs, jusqu'à quel point la chercheuse a-t-elle le droit de tout recueillir et de tout analyser lors d'une enquête ethnographique ? C'est dans une logique d'interaction entre les observés et l'observatrice que nous tenterons de comprendre le concept de vulnérabilité. Nous traiterons des capacités d'agir qui peuvent être utilisées par un enquêté ou par l'enquêtrice vivant une situation de vulnérabilité soit pour minimiser ce sentiment par rapport à son interlocuteur, soit pour renverser sa posture et préserver sa face par rapport à autrui. Chacun peut, par conséquent, recourir à des stratégies de résistance ou de renversement de la tendance.

Nous nous centrerons sur un contexte interactif mettant en évidence les relations qui se tissent entre un soignant et l'observatrice et non sur la vulnérabilité en tant que caractéristique constitutive d'un individu (Poullet 2019 ; Zielinski 2011 : 91). La vulnérabilité relationnelle pourrait être définie comme le résultat dérivant d'un risque de subir un tort dans un contexte interactif. Nous posons, comme c'est le cas traditionnellement, une « relation dissymétrique » entre l'observatrice et les observés (Payet 2011). Mais cette asymétrie lors d'une enquête ethnographique est dynamique et nous nous efforcerons de l'illustrer en mentionnant les stratégies utilisées par les observés et par la chercheuse afin d'atteindre l'idéal de l'enquête ethnographique, à savoir « une réciprocité entre égaux » (Payet 2011). La mobilisation des stratégies se fait lors des interactions entre ces deux types de protagonistes. Par ces dernières, les observés entrent en relation avec l'enquêtrice et nous pourrions y voir une manière de partager l'expérience de la vulnérabilité dans certaines interactions (Payet 2011).

## **2. Un corpus d'interactions orales d'une unité hématologique d'hospitalisation**

Le corpus constitué pour le présent article est issu d'une enquête sociolinguistique, de type ethnographique. Notre volonté est d'opter pour une approche compréhensive, qualitative et empirico-inductive. Les résultats détaillés dans la section suivante sont issus d'un va-et-vient entre notre question de recherche, le terrain et le concept de vulnérabilité.

Afin de recueillir les données, nous optons pour une observation participante. Caractérisée par de nombreuses limites, cette technique est la seule qui nous permet de comprendre les interactions verbales dans leur contexte professionnel. En effet, rares sont les échanges duels ; la plupart d'entre eux sont des polylogues dont le nombre de participants varie en cours et dont le cadre spatiotemporel peut évoluer (Lacoste 2001 : 331). L'observation participante des discours-en-interaction a été réalisée en deux étapes : extensive et intensive (Derèze, 2009 : 39 ; Mauss, 2002 : 27-28). Dans un premier temps, nous observons de manière

extensive en établissant les premiers contacts avec les témoins et en tentant de comprendre les routines de la communauté linguistique hématologique (de Singly, 1998 : 39-40). En parallèle à l'intégration au sein de l'équipe soignante, nous optimisons notre collecte des données en développant une procédure d'enregistrement précise et applicable – autant que faire se peut – à toutes les situations. Et dans un second temps, nous observons de manière intensive, c'est-à-dire que nous n'étudions pas l'ensemble des interactions de l'hôpital ni du service, mais nous collectons une partie des échanges qui se tiennent entre les membres de l'équipe soignante hématologique, ce que de Singly appelle «une tranche de vie» (1998 : 65). Seules les interactions des soignants qui sont à notre portée font l'objet de notre corpus de recherche. En outre, pour le présent article, nous nous centrons sur les échanges qui ont lieu entre l'observatrice et les soignants.

L'observation étant directe, nous sommes impliquée et présente dans le milieu hospitalier. Le choix de cette technique nous amène à nous positionner comme «un témoin autorisé, un auditeur fantôme, un [...] intrus» (Equoy-Hutin et Mariani-Rousset, 2016). Opter pour une autre technique de collecte de données dans le même milieu nous aurait aidé à dépasser, probablement, l'asymétrie qui s'installe entre les enquêtés et l'enquêtrice, mais elle ne nous aurait pas permis de récolter des données aussi spontanées et documentées, ni d'entrer en relation interactionnelle – intime – avec les soignants.

Les interactions sont collectées au sein d'une unité hématologique d'hospitalisation d'un hôpital belge francophone. Notre enquête ethnographique s'étend du 17 mai 2016 au 20 juillet 2017. La longue durée de nos observations facilite notre «imprégnation» du milieu professionnel et aide à instaurer une confiance avec les informateurs. Le cadre temporel de l'enquête se caractérise par une succession de périodes d'observation. En effet, nous n'avons pas collecté les données de manière continue pendant plus d'un an, mais nous nous sommes rendue sur le terrain pendant quatre semaines suivies de quatre semaines sans y aller. Une telle méthode d'observation participante nous permet de nous familiariser avec la communauté linguistique étudiée tout en maintenant une distance méthodologique. Quant à l'unité hématologique, elle se compose d'une diversité de lieux dans lesquels nous observons, à savoir deux salles de réunion, un poste infirmier, un bureau médical, une cuisine, un couloir et les chambres des patients.

Nous collectons uniquement les interactions orales ayant lieu entre les soignants ou entre les soignants et l'observatrice. Notre public se compose de soignants volontaires présents dans l'unité les jours d'observation, toutes fonctions professionnelles confondues. De ce fait,

nous enregistrons des échanges entre médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, etc. Après plus d'une année d'observation, nous avons recueilli les discours-en-interaction de 234 informateurs, dont les propos d'une partie d'entre eux seront présents dans nos résultats. Dans le présent article, nous nous focalisons sur les interactions enregistrées entre l'enquêtrice et un ou plusieurs soignants. À ces données, nous ajoutons les commentaires que ces derniers font entre eux et qui portent sur notre présence dans leur milieu de travail.

### **3. Des expériences de vulnérabilité interactive et réciproque**

Dans la présente section, nous traiterons de l'expérience de la vulnérabilité vécue par les différents acteurs de l'enquête ethnographique. Pour ce faire, nous présenterons d'abord en quoi la rencontre entre deux (ou plusieurs) individus durant l'étude de terrain peut entraîner une situation de vulnérabilité. Puis, nous montrerons que l'expérience de vulnérabilité peut être liée à une asymétrie entre les participants d'une observation participante. Et enfin, nous illustrerons la dynamique de la situation de vulnérabilité en pointant les stratégies interactionnelles mises en place par les enquêtés et l'enquêtrice pour atteindre une relative réciprocité, un partage de l'expérience de la vulnérabilité.

#### **L'enquête ethnographique comme situation de vulnérabilité**

Si la rencontre d'autrui peut amener à l'expérience de la vulnérabilité, nous pensons que l'enquête ethnographique est une situation qui le permet également puisque non seulement les enquêtés voient surgir une observatrice extérieure dans leur milieu professionnel, mais aussi l'enquêtrice tente d'établir un échange lors duquel se rencontrent le soi affectant et les autres affectés (Zielinski 2011 : 92). Ce jeu de mots nous aide à illustrer la conception traditionnelle de la relation entre l'enquêtrice et les enquêtés, qui est « caractérisée par l'asymétrie » reposant sur les savoirs, savoir-faire et pouvoir de chacun des interactants (Zielinski 2011 : 98). Toute recherche de terrain passe, selon nous, par des situations de vulnérabilité de l'enquêtrice et des enquêtés qui se rencontrent et construisent une relation, ou du moins tentent de le faire. Si ces derniers sont « ébranlés » par la recherche, l'enquêtrice l'est également par leur rencontre ainsi que par l'entrée dans un milieu professionnel particulier. L'idée selon laquelle la chercheuse et les informateurs vivent des situations de vulnérabilité repose sur le fait qu'une enquête ethnographique touche à leur subjectivité. Prenons un double exemple issu de l'article de Payet (2011), et applicable à notre propre recherche, l'enquête est « la rencontre dans une forte asymétrie » parce que

*l'enquêteur se déplace (dans le monde de l'enquêté), mais il s'agit d'une simple [...] incursion, il se ménage toujours un retour dans son monde [...] ; a contrario, les enquêtés*

*se posent la question du] « à quoi ça sert ? »[ , question qui] [...] menace la réalisation du travail.*

L'ensemble des acteurs, enquêtés et enquêtrice, sont impliqués et s'impliquent – consciemment ou non – dans la relation ethnographique. De plus, ils s'exposent à une situation de vulnérabilité.

### **Une asymétrie relationnelle dans une situation de vulnérabilité**

Traditionnellement, la relation entre les observés et la chercheuse lors d'une enquête ethnographique se caractérise par une asymétrie entre les deux types de protagonistes, asymétrie de rôles qui permet de qualifier les échanges de situations de vulnérabilité. Ces dernières résultent de « l'effet que la présence du chercheur peut avoir sur le comportement et les propos de ceux qu'il étudie » (Olivier de Sardan 2008 : 92). La présence d'une observatrice, extérieure au milieu professionnel, positionne les soignants dans une situation de vulnérabilité. Comme le souligne Fiasse, « la présence d'autrui [...] nous provoque [...], nous dérange [...] » (2015 : 101). En effet, les soignants sont observés et enregistrés : une partie de leur vie professionnelle est collectée et étudiée. Ils se demandent de quelle manière et avec quel respect ces informations les concernant seront traitées. Une telle situation est inhabituelle pour les observés et elle peut être dite vulnérabilisante puisque normalement, c'est eux qui réalisent la surveillance des patients. La posture d'observatrice peut être illustrée par les perceptions des soignants à notre égard : ils nous voient comme une personne extérieure, que nous pourrions qualifier d'étrangère, une impositrice dans leur quotidien professionnel (1). Ces sentiments peuvent se comprendre parce que, contrairement aux enquêtés, la chercheuse est détentrice des tenants et des aboutissants de l'enquête ethnographique (Payet 2011) tels que les objets d'étude, les objectifs de recherche, les conventions de transcription<sup>1</sup>, etc.

- (1) **Menuisier.** - on fait encore la guet/ la guetteuse  
**Observatrice.** - [rires]

En parallèle, les soignants, eux, vivent l'expérience de la vulnérabilité étant dépossédés des connaissances ethnographiques et ils illustrent la situation de vulnérabilité dans laquelle ils se trouvent en mentionnant leur peur engendrée par notre présence et notre recherche (2). Cette crainte peut prendre différentes formes. D'une part, ils redoutent que nous « rendions des

---

<sup>1</sup> Conventions de transcription des interactions présentées dans cet article :

(xx) deux syllabes inaudibles

Mo/ amorce

/ pause courte

|- -| chevauchement de paroles de deux locuteurs

+ intonation forte

: Allongement vocalique ou consonantique

? intonation montante

[] commentaires sur le référent du pronom ou sur la présence de rires, par exemple



comptes » à leurs responsables (3) ; et d'autre part, ils craignent d'être mal considérés ou jugés par leurs pairs, par leurs supérieurs ou même par la chercheuse. Ils remettent en doute leurs compétences qui pourraient potentiellement être non reconnues par les autres.

- (2) **Médecin-chef1.** - tu n'enregistres pas quand même  
**Observatrice.** - si  
**Médecin-chef1.** - merde / faut que je sache ça parce que sinon je dis des conneries [rires]  
**Observatrice.** - mais il n'y a que moi qui aurait hein  
**Médecin-chef1.** - ah ça va
- (3) **Infirmière1.** - il ne vaut peut-être pas mieux que tu fasses une conclusion négative ? qu'on ait un peu de : de gens tout ça ça ne va pas être lu par les : on ne sait jamais  
**Observatrice.** - par les les ceux d'en |- haut  
**Infirmière1.** - les hautes -| instances

Malgré ces exemples illustrant une situation de vulnérabilité vécue par les soignants et une asymétrie entre eux et l'enquêtrice, nous pouvons la relativiser puisque nous essayons de minimiser l'atteinte que nous leur faisons vivre. En effet, nous prenons le temps de leur expliquer en quoi consistent la recherche et l'observation et que l'étude menée n'est pas une commande de la part de leurs supérieurs, et que nous ne souhaitons pas leur porter préjudice. De plus, nous nous rendons compte que si notre présence a un impact, il peut être relativisé parce qu'elle n'est pas toujours au cœur des préoccupations des soignants. Ce constat se comprend non seulement par les contraintes qui pèsent sur la réalisation de leurs tâches professionnelles qui sont souvent plus « fortes » que celles que fait porter sur eux la chercheuse (Olivier de Sardan 2008 : 92), mais aussi par le fait qu'une partie des professionnels, comme les stagiaires ou les nouveaux engagés, sont observés par les membres de l'équipe soignante dans leur apprentissage des actes techniques et des compétences professionnelles. Même si une « surveillance » de leurs actions est présente, cette dernière est distincte de celle réalisée par l'observatrice qui ne les évalue pas aux termes de leur stage et qui observe tous les soignants sans exclusion.

La posture de chercheuse universitaire n'est pas un rôle habituel dans le milieu hospitalier. Il nous place en asymétrie par rapport aux soignants puisque nous sommes celle qui étudie les interactions en les observant et les enregistrant. En outre, un second élément permet de justifier l'asymétrie caractérisant la situation de vulnérabilité : les données sensibles que nous collectons. Au moyen de l'enquête, nous devenons détentrice d'informations cliniques, c'est-à-dire de contenus portant sur les maladies des patients et sur leur vie personnelle, ainsi que d'informations sur la vie personnelle et professionnelle des soignants. Une telle collecte place les enquêtés dans une posture de vulnérabilité.

Si l'enquête ethnographique place les enquêtés dans une situation de vulnérabilité par rapport à la chercheuse, la réciproque est possible également. Les soignants de l'unité hématologique sont membres de l'équipe, à l'inverse de l'observatrice, et ils en connaissent (en partie<sup>2</sup> ou totalement) les règles de fonctionnement et de relations entre les différents soignants. Leurs compétences et savoirs cliniques les positionnent en asymétrie par rapport à la non-connaissance et à la non-compétence soignantes de la chercheuse. Nous vivons également l'expérience de la vulnérabilité lorsque nous ne comprenons pas un code propre à l'équipe (4). Une aide-soignante nous sollicite pour l'aider, mais nous avons besoin de son explication étoffée pour lui venir en aide.

- (4) **AideSoignante1.** - ah PrénomObservatrice ? peut-être tu pourrais me donner un couvre-lit ? tu crois / tu crois ?  
**Observatrice.** - il est où le chariot ?  
**AideSoignante1.** - euh:  
**Observatrice.** - là-bas  
**AideSoignante1.** - euh: là, mais ce n'est pas celui-là là-bas dans le tout petit  
**Observatrice.** - et s/  
**AideSoignante1.** - celui-là  
**Observatrice.** - et ça |- ressemble à qu/  
**AideSoignante1.** - ils sont en dessous -| ma belle  
**Observatrice.** - ça ?  
**AideSoignante1.** - non  
**Observatrice.** - ouais bon  
**AideSoignante1.** - qui est tout en dessous oui

L'expérience de la vulnérabilité que nous vivons peut se comprendre notamment parce qu'au début de l'enquête ethnographique, nous n'avons pas de place au sein de l'équipe hématologique. Nous sommes isolée dans notre rôle d'enquêtrice qui les observe et plus démunie que les soignants pour comprendre les situations professionnelles (Fiasse 2015 : 89). En tant que chercheuse, de nombreuses interactions se présentent à nous sans que nous ayons les clés pour y participer ; c'est donc dans une situation de vulnérabilité que nous improvisons avec maladresse pour entrer en relation ou maintenir le contact avec les observés (Olivier de Sardan 2008 : 45). En effet, nous devons gérer les imprévus communicationnels pour ne pas entraîner une non-collaboration ni une rupture de confiance. À ce premier élément de l'expérience de la vulnérabilité en interaction avec les soignants, nous en ajoutons deux autres : la pitié qu'ils ressentent à notre égard et le « maternage » qu'ils ont envers nous. La première se trouve liée à la charge de travail que nous accomplissons pour collecter les données au sein

<sup>2</sup> Cette première raison est à considérer sur un continuum parce que les soignants nouvellement arrivés (stagiaires, assistants, nouveaux engagés) ne maîtrisent pas toutes les règles et n'ont pas toutes les clés en leur possession pour comprendre l'ensemble des situations interactionnelles et relationnelles qui se présentent à eux. Toutefois, ils sont formés pour réagir dans le contexte soignant, contrairement à l'observatrice. Une remarque identique peut être faite concernant les compétences et connaissances des soignants et de l'enquêtrice.

du service (5). Le fait de rester debout à observer pendant des heures et des journées entières provoque de la pitié à notre égard.

- (5) **Assistante3.** - et le soir tu vas réécouter tout ce que tu enregistres ?  
**Observatrice.** - oh le soir je n'ai pas le temps hein |- [rires]  
**Assistante3.** - [rires]  
**Médecin-Chef1.** - la pauvre elle (xxx) le soir  
**Observatrice.** - je dors quand même hein [rires]  
**Assistante3.** - c'est pas trop: c'est pas trop dur ? [rires]  
**Observatrice.** - c'est pour ça que je ne viens pas euh un an d'affilée  
**Assistante3.** - ah:  
**Médecin-Chef1.** - eh oui

Quant au second, il est qualifié de « maternage », parce que certains soignants nous maternent lorsque nous les accompagnons dans leurs tâches. Dans ce type d'échanges, ils nous expliquent brièvement leur acte technique, ils nous invitent fortement – voire avec insistance – à nous asseoir et à nous mettre à l'écart pour ne pas faire de malaise ou pour pouvoir sortir à tout moment. Nous remarquons qu'un tel comportement de leur part nous place en situation de vulnérabilité.

La présence d'une observatrice extérieure dans une équipe professionnelle demande un temps d'adaptation à chacun : à la première pour se familiariser avec les codes et les habitudes du service, et aux membres de la seconde pour se faire à l'idée d'être observés par une personne extérieure. Dans la présente section, nous avons décrit l'expérience de la vulnérabilité de manière asymétrique et interactionnelle. Nous tenons néanmoins à souligner que les enquêtés comme l'enquêtrice sont engagés dans l'enquête et qu'une telle implication les place soit comme responsable(s), soit comme vulnérable(s). En effet, chaque interactant s'engage relationnellement et par cette implication, il s'expose à la vulnérabilité. Autrement dit, la posture d'engagement est paradoxale puisque « plus nous nous engageons vis-à-vis d'autrui, plus nous nous exposons » et « s'exposer soi-même, c'est accepter de se livrer dans sa plus grande vulnérabilité » (Fiasse 2015 : 55 et 59).

### **Le partage réciproque de l'expérience de la vulnérabilité**

En explicitant l'asymétrie de l'enquête ethnographique, nous nous rendons compte que la relation qui se construit entre les soignants et nous-même se caractérise par une réciprocité. En effet, ces deux types de protagonistes sont exposés à l'altérité qui les positionne dans une situation de vulnérabilité : quand l'un fait l'expérience de la vulnérabilité, l'autre ne la vit pas et vice-versa. Autrement dit, nous observons un partage de la vulnérabilité (Zielinski 2011 : 89-90). Ce partage n'est possible que dans la relation qui se tisse entre eux (Zielinski 2011 : 91).

L'expérience de la vulnérabilité est par conséquent marquée « du rapport à l'autre » étant donné qu'« elle réside essentiellement dans l'exposition à l'autre » (Ennuyer 2017 : 370). Nous considérons que les interactions entre les soignants et l'observatrice sont la « rencontre de deux vulnérabilités » (Zielinski 2011 : 105) mais non simultanément. Une reconnaissance mutuelle de la vulnérabilité caractérise la relation. Lors de l'enquête ethnographique, l'enquêtrice fait vivre une situation de vulnérabilité aux informateurs qui eux-mêmes en retour lui font ressentir par la mise en évidence de son extériorité au groupe et de ses non-connaissances soignantes. Néanmoins, cette réciprocité de l'expérience de la vulnérabilité n'oppose pas continuellement lors des interactions un responsable et un exposé. De fait, au cours de ces dernières, l'un et l'autre développent des stratégies interactionnelles afin d'atteindre un équilibre dans la relation, équilibre reposant sur la préservation des faces de chaque interactant, ou de « réduire les situations de vulnérabilité » grâce à leurs stratégies (Ennuyer 2017 : 366). Pour illustrer la dynamique vulnérable, nous reprendrons, dans un premier temps, les stratégies adoptées par les soignants pour minimiser ou dépasser le caractère vulnérable de la situation d'observation. Et dans un second temps, les stratégies mises en place par l'observatrice pour diminuer la vulnérabilité des soignants seront détaillées.

La mobilisation des stratégies se fait lors des interactions entre les deux types de protagonistes. Par ces dernières, les observés peuvent souhaiter partager le sentiment vulnérable qu'ils éprouvent avec la chercheuse. Pour ce faire, ils la questionnent pour clarifier son positionnement et appellent à une justification de sa présence dans l'équipe de soins. Les enquêtés entrent en relation avec l'observatrice lors des interactions et nous pourrions y voir une manière de la vulnérabiliser (Pariseau-Legault 2018 : 39 ; Payet 2011).

Afin d'affronter la vulnérabilité, nous remarquons que la première réaction des soignants à notre égard est la méfiance qui amène certains d'entre eux au silence. En outre, la stratégie la plus observée dans notre corpus est le questionnement. À l'aide de ce dernier, les soignants tentent d'obtenir des informations en vue de comprendre notre présence et surtout, de ne pas perdre totalement la face. Cette stratégie du questionnement peut se décliner en différentes situations que nous regrouperons en trois types. Premièrement, lors de notre prise de parole pour répondre à l'interrogation, nous tentons de ne pas affirmer (ni confirmer) la position vulnérabilisante dans laquelle ils se sentent et nous glissons un élément qui nous rend vulnérable (6). Deuxièmement, notre présence avec un carnet de notes et un dictaphone pose également des questions aux témoins qui se sentent « épiés » et recourent régulièrement au

questionnement portant sur nos pratiques (7). Ils souhaitent comprendre nos actions et le contenu des enregistrements. Ils se demandent parfois jusqu'à quel point nous enregistrons ce qui se dit. Et troisièmement, les questions peuvent porter sur nos notes écrites qu'ils se permettent de lire. Ils sont surpris de voir que leur prénom est utilisé dans un code bien précis. Ils souhaitent obtenir des informations sur la manière avec laquelle nous annotons les enregistrements et les transcrivons (8).

- (6) **Aide-soignant1.** - demande-lui ? ce qu'elle fait elle va te le dire / elle me dit, mais qu'est-ce qu'elle fait la fille-là ? |- elle note elle note quoi qu'elle me dit explique-lui ? ce que tu <Observatrice> [rires] |- fais c'est quoi  
**Observatrice.** - j'é/ j'étudie: la: la communication entre les soignants / et donc je note qui parle à quel moment puisque j'enregistre / et que si je note pas qui parle à quel moment je suis incapable de savoir qui est en train de parler
- (7) **Stagiaire-Médecin1.** - et en fait tu fais quoi: fin quand tu  
**Observatrice.** - je note quoi ?  
**Stagiaire-Médecin1.** - ouais  
**Observatrice.** - qui parle avec qui  
**Stagiaire-Médecin1.** - c'est vrai ?  
**Observatrice.** - à quel moment ouais ouais ouais parce que |- sinon je ne sais pas <Stagiaire-Médecin1> c'est marrant |- je ne sais pas quand je réécoute je ne |- sais plus  
**Stagiaire-Médecin1.** - et: c'est quoi le: |- enfin euh / le sujet de ton travail  
**Observatrice.** - euh: voir comment euh ensemble vous vous communiquez et vous arrivez à collaborer |- qui que <Stagiaire-Médecin1> ah d'accord |- vous soyez et parce qu'il y a plein d'informations qui se passe ici
- (8) **Infirmière5.** - oh elle marque |- point d'interrogation SurnomInfirmière5 SurnomInfirmière5 bon dieu ça y est je suis repérée |- et je cours  
**Observatrice.** - c'est parce que tu poses une question |- [rires]  
**Infirmière5.** - oh ben écoute euh moi je ne suis plus venue depuis longtemps |- alors euh c'est pour ça que voilà / je me: tu sais euh il faut que j'enregistre parce que là je suis partie pour euh un petit tour alors autant se mettre au parfum tout de suite hein

À côté des questionnements, la deuxième réaction la plus courante est le souhait de censure de passages enregistrés auxquels participe le soignant qui sollicite la suppression. À la suite d'une demande explicite, nous supprimons immédiatement l'enregistrement afin de ne pas intensifier son expérience de la vulnérabilité. La censure peut être demandée par un soignant parce qu'il se sent vulnérabilisé par les propos ou gestes d'un autre (9) ou par les siens (10).

- (9) **Assistante3.** - ça il ne faut pas enregistrer  
**Observatrice.** - [rires] elle [une infirmière] n'a rien dit de toute façon  
**Assistante3.** - [rires] tu ne filmes pas encore non [rires]  
**Observatrice.** - ouais j'ai des collègues qui font ça ouais
- (10) **Médecin-chef1.** - tu n'entends pas toi  
**Observatrice.** - [rires]  
**Médecin-chef1.** - fais un delete

Si certains passages sont enlevés du corpus, d'autres, en revanche, sont mis en évidence par les soignants comme devant faire partie des données à analyser. Une telle stratégie peut être vue comme un engagement de leur part dans notre projet de recherche. Nous observons une

telle situation lorsque se présentent des problèmes de communication entre les membres de l'équipe (11).

- (11) **Infirmière1.** - tu notes [rires]  
**Observatrice.** - [rires]  
**Infirmière3.** - ouais t'as enregistré ? il faut chercher  
**Observatrice.** - oui [rires]  
**Infirmière1.** - mh ben justement pas de communication c'est ça |- hein ? <Infirmière3> mmh -| |- médecin <Observatrice> ouais ouais -| infirmier voilà  
**Infirmière3.** - ne sait pas euh: où a fait sa biopsie cutanée

Les deux dernières stratégies adoptées par les soignants pour faire face à leur vulnérabilité en tant qu'observés d'une enquête ethnographique sont la plaisanterie et la pitié. La première permet de dédramatiser le fait d'être l'objet d'une étude menée par une chercheuse extérieure (12). Nous pensons également que c'est une manière de nous aborder. Quant à la pitié, elle leur permet de retourner la dynamique de la vulnérabilité qu'ils ressentent en tant qu'observés. En effet, un tel sentiment nous rend vulnérable (5).

- (12) **Aide-Soignante2.** - c'est le troisième quatrième carnet ?  
**Observatrice.** - euh: cinquième  
**Aide-Soignante2.** - cin/ oh ouf  
**Observatrice.** - |- [rires]  
**Aide-Soignante2.** - moi qui dis ça sur le compte de l'ironie -| [rires]  
**Observatrice.** - je crois que je vais investir sur des plus gros  
**Aide-Soignante2.** - oui |- il faudrait faudrait [rires]  
**Observatrice.** - [rires] -|

Nous tenons à souligner que nous ne souhaitons pas endosser la position d'expert ni celle d'une personne « invulnérable » par rapport aux observés. Nous essayons même de l'éviter afin de rester ouverte à toutes les situations interactionnelles et à toutes les relations. Pourtant, nous sommes tout de même une impositrice pour eux, une sorte de manipulatrice qui n'est pas membre de l'équipe, et qui « séduit » ses membres pour pouvoir collecter des données ethnographiques. À côté de ce versant d'un caméléon-chercheur séducteur, nous adoptons des stratégies pour minimiser la vulnérabilité que nous vivons lors de l'enquête ethnographique.

Des stratégies méthodologiques sont mises en place pour rassurer les soignants vivant l'expérience de la vulnérabilité. Nous prenons d'abord le temps de leur expliquer l'objet et les objectifs de notre recherche en précisant que l'étude menée n'est pas une commande de la part de leurs supérieurs, ni directs (de l'équipe hématologique) ni indirects (de l'hôpital). Ensuite, nous optons pour une observation participante de longue durée afin d'instaurer une confiance entre les informateurs et nous-même (Pariseau-Legault 2018 : 41-44). Nous optons pour des comportements rassurant envers les observés puisque nous souhaitons saisir une quotidienneté

sans les vulnérabiliser. Ainsi, nous acceptons de supprimer les passages qu'ils ne veulent pas voir apparaître dans notre étude. En outre, nous nous rendons vulnérable en reconnaissant nos non-compétences soignantes et en nous qualifiant d'étudiante plutôt qu'en nous « asseyant dans un siège » de chercheuse universitaire extérieure à l'équipe. Cette dernière position ne facilite pas le recueil de données (Pariseau-Legault 2018 : 44). Et enfin, nous leur assurons le respect de leur vie privée et la confidentialité des informations cliniques qu'ils véhiculent. Pour mener à bien cette stratégie, nous avons respecté deux sortes de secrets : clinique et méthodologique. Le secret clinique est le respect de la confidentialité des informations qu'un patient communique à un soignant sur son état de santé, sur sa vie privée ou professionnelle, et celles que ce dernier transmet à un autre professionnel en vue de mener à bien le processus thérapeutique. Ce premier type de secret est lui-même articulé à un second type : le secret méthodologique (Marmoz 2001 : 169) étant donné que nous sommes impliquée « par ricochet » dans le secret clinique (Mathieu et Rommelaere 2012 : 12) par notre accès aux identités et aux pathologies des patients. En outre, nous accédons à des données de la vie personnelle et professionnelle des soignants. Il nous semble donc primordial de leur demander l'autorisation de collecter et d'exploiter ces données (Equoy-Hutin et Mariani-Rousset 2016) par le biais d'un consentement éclairé de participation (Baude 2006) lors de la collecte des données. De plus, nous nous sommes souciée du respect de la vie privée de chaque témoin. Il se traduit par l'absence de données personnelles lors de la constitution du corpus et par l'anonymisation des données transcrites et exploitées. Concrètement, nous avons dressé un protocole de transcription composé de règles pour coder les prénoms, noms et lieux à l'aide d'un hyperonyme. Ainsi, les noms de villes sont représentés à l'aide de la mention : NomVille. Lorsqu'un soignant mentionne les prénom et nom d'un patient dans un enregistrement, nous les remplaçons par PrénomPatient et NomPatient afin de garantir l'anonymat de ce dernier. Quant aux informateurs, ils sont désignés à l'aide d'un sigle comprenant leur rôle institutionnel<sup>3</sup> (Infirmière pour les infirmiers, Assistante pour les assistants en médecine, par exemple) et un numéro. Celui-ci est attribué en fonction de l'apparition des soignants lors de l'observation sur le terrain. L'ensemble des données écrites font aussi l'objet d'une anonymisation par hyperonyme. Notre souhait est de respecter les soignants, avec eux et au-delà d'eux (les patients, notamment). Nous voulons conserver une éthique même si notre objectif est de transmettre ce que nous avons vécu et ressenti sur le terrain. En tant que chercheuse, notre

---

<sup>3</sup> Le rôle institutionnel prend le genre du sous-groupe d'hommes ou de femmes majoritaire. Ainsi, les femmes sont plus nombreuses dans le groupe infirmier ; l'hyperonyme est donc Infirmière. Les hommes sont, en revanche, majoritaires dans l'ensemble médical ; l'hyperonyme est Médecin.

posture se trouve donc en tension entre l'honnêteté intellectuelle liée à un travail ethnographique et le respect de la vie privée des informateurs ainsi que des patients, que nous pourrions désigner comme étant le secret méthodologique.

#### **4. Discussion finale : une vulnérabilité partagée en interaction**

Les soignants ne sont pas des êtres disqualifiés par la société, faibles ou affaiblis socialement, mais ils vivent des situations de vulnérabilité dans leur quotidien professionnel par leur présence aux malades ou par l'observation effectuée par une chercheuse extérieure durant une enquête ethnographique. Cette dernière est, également, confrontée à l'expérience de la vulnérabilité parce qu'elle tente de s'insérer et de comprendre un univers professionnel normatif distinct du sien.

Dans le présent article, nous nous sommes centrées sur la relation asymétrique qui se tisse entre une enquêtrice et ses enquêtés. Si de prime abord le lien qui les unit semble asymétrique en ce qui concerne l'expérience de la vulnérabilité, nous avons remarqué qu'elle est partagée interactionnellement entre les observés et l'observatrice. Ce partage peut se comprendre par l'ancrage relationnel et interactionnel de la situation de vulnérabilité. Cette dernière est selon nous une caractéristique de toute rencontre lors de laquelle tout interagissant vit ce sentiment par rapport à l'autre. Certes, l'observatrice dans sa posture de chercheuse universitaire positionne les enquêtés dans une situation de vulnérabilité, mais elle la vit également par son engagement, son rapprochement pour rencontrer les soignants (Payet 2011). Durant une enquête ethnographique, l'ensemble des participants peuvent se retrouver en situation de vulnérabilité en fonction de leur expertise : la chercheuse « vulnérabilise » les soignants avec son expertise d'observatrice alors qu'ils la « vulnérabilisent » avec leur expertise du milieu professionnel (codes, règles, valeurs, etc.). Le passage d'une situation à l'autre est rendu possible grâce aux interactions dans lesquelles les participants se mettent en scène, et grâce aux stratégies adoptées par les enquêtés et par l'enquêtrice pour minimiser sa vulnérabilité ou celle de l'autre, soit pour la renforcer, soit pour vulnérabiliser autrui. Pour ce faire, les observés recourent au silence, aux questionnements, à la censure de données, à l'engagement dans l'enquête, à l'humour et à la pitié. L'enquêtrice, elle, explicite sa démarche scientifique, garantit les secrets clinique et méthodologique, accepte la suppression de données et se rend vulnérable en disant qu'elle est une étudiante qui sera évaluée aux termes de sa recherche.

Notre rôle de chercheuse universitaire se compose de deux versants. D'une part, nous sommes perçue en tant qu'observatrices comme une étrangère passive et extérieure au groupe, une impositrice non qualifiée qui « séduit » pour obtenir des données ethnographiques. Nous



pourrions résumer ce premier rôle à l'aide du terme « voyeuse ». Et d'autre part, nous nous investissons dans la vie professionnelle des informateurs en endossant le rôle d'une actrice engagée qui fait l'expérience de la vulnérabilité par notre implication et qui respecte chaque enquêté. Au moyen des interactions et des relations qui se construisent, nous partageons l'expérience de la vulnérabilité avec les soignants et nous devenons, en quelque sorte, les partenaires d'un combat commun : ne pas vulnérabiliser autrui en vue de lui faire perdre la face.

## Bibliographie

- Baude Olivier (coord.) (2006), *Corpus oraux. Guide des bonnes pratiques*, Orléans/Paris, Presses Universitaires d'Orléans/CNRS Éditions.
- Derèze Gérard (2009), *Méthodes empiriques de recherche en communication*, Bruxelles, De Boeck.
- de Singly François (1998), *L'enquête ethnographique de terrain*, Paris, Nathan Université.
- Ennuyer Bernard (2017), « La vulnérabilité en question », *Ethics, Medicine and Public Health*, N°3, p. 365-373.
- Equoy-Hutin Séverine et Sophie Mariani-Rousset (2016), « Sur les traces du secret : enquête sur la relation de soin et d'accompagnement de l'addiction », *¿ Interrogations ? Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, N° 22, En ligne.
- Fiasse Gaëlle (2015), *Amour et fragilité. Regards philosophiques au cœur de l'humain*. Laval/Paris, Presses Universitaires de Laval/Éditions Hermann.
- Goffman Erving (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris : Minuit.
- Gold Raymond I. (2003), « Jeux de rôles sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique », Cefaï Daniel (dir.) (2003), *L'enquête de terrain*, Paris, Éditions La Découverte/MAUSS, p. 340-349.
- Hriba Linda et al. (2018), « La transcription, entre données primaires et données secondaires – l'empreinte du transcripteur en question », Communication du Colloque International *50 ans de linguistique sur corpus oraux. Apports à l'étude de la variation*, Orléans, Université d'Orléans.
- Labov William (1976), *Sociolinguistique*, traduit de l'anglais par Alain Kihm, Paris, Minuit.
- Lacoste Michèle (2001), « Chapitre 13. Quand communiquer c'est coordonner. Communication à l'hôpital et coordination des équipes », Borzeix Anni et Fraenkel Béatrice (coord.), *Langage et Travail. Communication, cognition, action*, Paris, CNRS Éditions, p. 323-342.
- Le Blanc Guillaume (2005), « Vulnérabilité sociale et vulnérabilité linguistique (La précarité et le gouvernement des pauvres) », En ligne.
- Marmoz Louis (dir.) (2001), *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines. La place du secret*, Paris, L'Harmattan.
- Mathieu Géraldine et Claire Rommelaere (2012), *Le secret professionnel. Petit guide à l'usage du personnel hospitalier*, Namur, Les Éditions namuroises.
- Mauss Marcel (2002), *Manuel d'ethnographie*, Paris : Payot et Rivages.
- Mazen Noël-Jean (1988), *Le secret professionnel des praticiens de la santé*, Paris, Vigot.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre (2008), *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia.
- Pariseau-Legault Pierre (2018), « De la clinique à la recherche : l'auto-ethnographie comme outil d'analyse des transitions identitaires du chercheur en sciences infirmières », *Recherche en soins infirmiers*, N°135, p. 38-47.
- Payet Jean-Paul (2011), « L'enquête sociologique et les acteurs faibles », *SociologieS. La recherche en actes*, En ligne.
- Poullet Yves (2019), « Identité et vulnérabilité : le droit et la puissance des systèmes d'information », Communication du Colloque International *L'identité en question : entre parcours de vulnérabilités et chemins d'autonomie*, Namur, Université de Namur.
- Zielinski Agata (2011), « La vulnérabilité dans la relation de soin », *Cahiers philosophiques*, N°125, p. 89-106.